

FESZÜLTSEGEK ÉS KOMPROMISSZUMKÉNYSZER A 21. SZÁZADI EGÉSZSÉGÜGYBEN

TENSIONS AND CONSTRAINT FOR TRADE-OFFS IN HEALTH CARE OF THE 21ST CENTURY

Kosztolányi György

az MTA rendes tagja, az Orvosi Tudományok Osztálya elnöke
kosztolanyi.gyorgy@pte.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

Korunk egészségügyi válságának okai a technológiai robbanás okozta drágaság mellett a megnövekedett lehetőségek alkalmazásában rejlő morális feszültségben keresendők. A drágaság okozta feszültség miatt a társadalmaknak egyre több forrást kell biztosítaniuk az ellátásra, a morális feszültség kezelése azonban újszerű gondolkodásmódot igényel. Az individuális jellegű orvoslás és a közösségi jellegű egészségügy egymást feltételező vonulataiban ugyanis eltérőek a morális hangsúlyok, ami fokozódó *feszültséghez*, végső soron oda vezet, hogy az ellátási formák költséghatékonyságának, igénybevételük szakmai indokoltságának jelentősége nem kap hangsúlyt, a rendszer működése pazarló, a sikeresség nem kielégítő, a társadalom elégedetlen. A feszültségek oldása érdekében társadalmi *kompromisszumot* kell kötni, aminek egyik döntő eleme a prioritási elvek megfogalmazása és társadalmi szintű elfogadtatása. Az ellátandó személyek és az ellátási formák indokoltság szerinti csoportosítását vezérlő elvek meghatározásának domináns felelőssége a szakpolitikát terheli. Ez azt is jelenti, hogy a 21. századi egészségügy problémáit a magas forrásigény kielégítése önmagában nem oldhatja meg. Az olyan soktényezős, a szereplők interaktivitását feltételező társadalmi rendszer, mint az egészségügy, nem nélkülözhet egy átfogó, multiszektoriális koncepciót, ami széles körű *rendszerbe szervezi* az egyes elemek illeszkedését. A rendszer megalkotása, működtetése súlyos felelősséget ró minden döntéshozóra, akik a szakpolitikát irányítják, a forrásokat, a kutatási pénzeket elosztják, kiterjed minden szakellátóra, kutatóra, oktatóra, morális szempontokat megfogalmazó etikusra.

ABSTRACT

The main reasons of why health care has got into critical stage in our age is the expensiveness caused by the medical technologic revolution and the aspired uncontrolled application of the extended possibilities in the everyday routine. The tension between the huge cost and the available resources may be managed by increasing the ratio of GDP expended to health, however, the tension caused by the uncontrolled expenditure requires new ways of thinking involving also essential moral questions. The difference between the moral background of in-

dividual medical care ('right to health') and the moral base of public health ('solidarity') should be handled by trade-offs in the population. Trade-offs should be introduced in the health care supported by various means like analyses made by evidence based medicine, cost-utility, cost-effectiveness, accountable reasonableness notions, etc., in order to create principles of prioritisation, both for the individuals for whom to treat first, and the interventions for what to do first. The principle of prioritisation must satisfy patients safety, and both professional and moral expectations. The main responsibility for elaborating trade-offs must be undertaken by the health policy, although every actor in the arena of health system should take their roles, including also each people in order to avoid risk factors in their lives. All these mean that increasing the ratio of GDP for health itself is not enough to manage the 21st century health affairs. A complex systems approach is needed to overcome the difficulties to achieve the sustainable development in health.

Kulcsszavak: forrásigény, egészséghez való jog, szolidaritás, kiadáscsökkentés

Keywords: resources for care, right for health, solidarity, restriction of expenditure

A gyógyítás az emberré válástól kezdve az egyik legmagasabbra értékelt emberi tevékenység. Az orvosi tevékenységnek a technológiai robbanás következtében bekövetkező drasztikus forrásigénye azonban olyan mértékű lett, hogy ez alapján veszélyezteti ennek a magasra értékelt tevékenységnek a kielégítését. Mind a páciensek, mind a szakemberek többsége helytől, időtől függetlenül folyamatosan szembesül az egészségügy (eü) nehézségeivel. A háttérben egyrészt jelentős mértékű szubjektív okok állnak. Az egészséget az egyén és a társadalom is a legmagasabb értékűként kezeli, betegségének azonnali, mégpedig a legjobb színvonalú ellátását, valós vagy vélt veszélyeztetettségének elhárítását alapvető jognak tartja (ennek felelőtlen ígéretével a politikusok szavazatokhoz juthatnak). Az objektív okok abban az egyértelműen pozitív tényben gyökereznek, hogy az elmúlt évtizedek intenzív kutatásai az orvosbiológiai ismeretek, az orvosi technológiák robbanásszerű fejlődéséhez vezettek, ami ugyan egyértelműen pozitív vívmány, de paradox módon korunk eü-i nehézségeinek primer kiváltója is. A népesség előregedése és a krónikus betegek életben tartása folyamatosan növeli a rászorulókat számát is, és így hat az is, hogy a technológiai fejlődés nyomán elmosódott a határ egészség és betegség közt: egyre több tünetmentes, de populációs szűrésekkel veszélyeztetett egyént is el kell látni.

A 21. századra kritikussá váló helyzet kezeléséhez kíván szempontokat nyújtani az alábbi gondolatsor azzal a meggyőződéssel, hogy hatékony beavatkozások tervezéséhez szükség van a komplex ellátórendszer mélyreható vizsgálatára.

1. A GYÓGYÍTÁS TÖRTÉNELMI FEJLŐDÉSÉNEK KÉT VONULATA: ORVOSLÁS VS (NÉP)EGÉSZSÉGÜGY

Az orvoslás és a (nép)egészségügy a célokat és fő tartalmakat illetően ugyan egymásba fonódnak, de a két vonulat különválasztása és az eltérő hangsúlyok figyelembevétele több szempontból fontos megállapításokhoz vezet. (A továbbiakban az *eü*-re való utalást (nép)egészségügyi értelemben fogom használni.)

Kezdetben a sámánok, borbélyok kezében lévő *orvoslás* fokozatosan egyre magasabban képzett orvosokhoz került, a specializálódás egyre nagyobb tudást, kifinomultabb technológiát igényel, az egyes diszciplínák bámulatos eredményeket értek/érnek el. Az orvoslás lényegét tekintve individuális jellegű: a beteg egyén és a szakember közti kapcsolatra szűkült tevékenység, ami rászorultság, bizalom alapján jön létre két személy közt megbízás, kvázi szerződés keretében. A gyógyítás társadalmisítása, a (nép)egészségügy a 19. század végén öltött testet (lásd Bismarck kancellár törvénycikkelye 1883-ban): a közösségi szinten szervezett *eü* alapja a szolidaritás.

Az individuális jellegű orvoslás és a közösségi jellegű *eü* egymást feltételező vonulataiban eltérőek a hangsúlyok, s ezek jól kivehető diszharmóniát okoznak. Az orvoslás fejlettségi szintje lényegesen előbbre tart, a tevékenység költségeket generál, amit az *eü* keretében kell kielégíteni; az *eü*-i tevékenység sikerességi mutatóit az orvosi tevékenység képezi, a feltételeket viszont az *eü* biztosítja. Az eltérő hangsúlyok, a diszharmónia fokozódó *feszültség* megjelenéséhez vezet, ami veszélyezteti a gyógyítás közösségi szervezésében az elmúlt évszázadban vezérelvként szolgáló fő *eü*-i cél, a szolidaritás elvének a garantálását.

2. AZ ORVOSLÁS ÉS A (NÉP)EGÉSZSÉGÜGY KÖZTI FESZÜLTSEGEK

A feszültségek primer oka a technológiai robbanás, illetve az ebből fakadó *növekvő forrásigény*. Az egyre nagyobb anyagi igények és a rendelkezésre álló források végessége közti feszültség nem teszi lehetővé, hogy a szolidaritás értelmében bárki, bármikor minden közfinanszírozott ellátásban igénye, szükséglete szerint, elvárásainak megfelelően részesüljön. Ennek már csak az is határt szab, hogy nincs pontosan meghatározva az *eü*-i szükséglet fogalma, s hogy az egyének *eü*-gyel szembeni elvárásai gyakran irreálisak (Kosztolányi, 2017).

A feszültségek másik kiváltó oka a két vonulat *eltérő morális alapállásában* rejlik (Azétsop–Rennie, 2010; Sabin, 2012). Az orvosi tevékenység moralitása, a „minden embernek joga van az egészséghez” elv, individuális: az orvos betegének a legjobbat akarja nyújtani (orvosi eskü!), a beteg a legjobbat várja el. Az, hogy a tevékenység mibe kerül, mindkét fél számára többdrangú szempont. Ez a morális alap azonban szembekerül a források szűkösségével, így nehezen illeszkedik a társadalom minden tagjának igényeit kielégíteni óhajtó *eü* céljaival. Egy

populáció ellátását szolgáló rendszer morális alapvetésében ugyanis figyelemmel kell lenni mások, a népesség minden tagjának érdekére: kitüntető szerepet kap a *szolidaritás*. Ha viszont a források végeességét a beavatkozások sorrendbe rendezésével, prioritási szempontok bevezetésével kívánnánk kezelni, ez az individuális moralitás talaján álló orvosi tevékenységgel kerül szembe, mert alanyi jogon mindenkinek joga van az egészséghez. Ezeket a feszültségeket erős hangsúllyal hozza a felszínre az *ENSZ Fenntartható Fejlődési Célok 2015–2030* közti 3. célban megfogalmazott *Universal Health Coverage* (teljes körű egészségügyi ellátás), amelyben központi szerepet kap a közfinanszírozott eü-i ellátó rendszerek alapelve, a *szolidaritás* (UN, 2015).

A szolidaritásalapú eü-i rendszerekben elkerülhetetlen az individuális és a társadalmi moralitás közti feszültség, ami az ellátás különböző szintjeit nem egyformán terheli. Melyek ezek a szintek?

3. AZ ELLÁTÓ RENDSZER ÖSSZEHANGOLTSÁGÁNAK HIÁNYÁBAN KIALAKULÓ DISZFUNKCIÓK

Noha a fejlett országokban a közfinanszírozott eü-re mint egységes társadalmi felépítményre tekintünk, jelen elemzés szempontjából érdemes külön kezelni azokat a szinteket, ahol a fő cél, a populáció egészségének védelme, helyreállítása történik:

- a) orvos-beteg kapcsolat – ez minden ellátási forma alapja, az ősi kuruzslástól az orvosi tevékenység történelmén végigvonuló, az orvoslásnak ma is meghatározó színtere, a hippokratészi esküvel „megszentelt” viszonyrendszer;
- b) orvosi szakmák közti viszonyrendszer – ezen a szinten történik a specializációk közti együttműködés, itt zajlanak a szakmák közti konzíliumok;
- c) szakmapolitika – ezen a szinten történik az eü-i ellátás szervezése, jogszabályi irányítása, az egyes szakmák érdekeinek összefésülése, az ellátórendszer működésének felügyelete;
- d) kormánypolitika – itt dől el, hogy egy ország a GDP milyen arányát fordítja az eü-i rendszerre.

Az ellátásnak ebben a végsőig leegyszerűsített szerkezetében ugyan minden szintnek sajátos, át nem hárítható feladata van, a valóságban kölcsönös egymásrautaltságban működnek. Az eü-i ellátás multidiszciplináris jellegéből, a rendkívül bonyolult rendszeréből adódóan a szintek közti tevékenység összehangoltságot igényel, az egymásra épülés és egymásra utaltság interaktív jellegű kontrollt feltételez. **Az összehangoltság hiánya minden szinten diszfunkciókhoz vezet:**

ad a) a közvetlen orvos-beteg szinten a harmonizáció hiánya nyomán az orvosi esküre hivatkozva irracionális szakmai és morális autonómiaigény jelenhet meg, ami fokozza a felesleges beavatkozások arányát, a forráshiányos orvos-beteg

kapcsolat kikerüli a kívánatos, preferált utakat (például a páciens hálapénzért remél jobb ellátást, amit az orvos elfogad, virágzik az alternatív medicina, a kívánatosnál nagyobb arányt ér el a magánegészségügy stb.);

ad *b*) szakmák közti viszonyrendszerben a specialisták közti együttműködés hiánya a konzíliumok kiüresedéséhez, felesleges párhuzamosságokhoz, a szakmák közti felelősségvárításhoz, inkollegiális anomáliák megjelenéséhez vezet;

ad *c*) szakmák-szakmapolitika közti viszonyban a harmonizáció hiánya torzítja az eü-i ellátórendszert, a szakmalobbik éppen aktuális erejétől függően kaotikus lesz a jogszabályi és támogatási rendszer, a szakmák szemében hiteltelenné válik a rendszer működtetéséért felelős hatóság; az elmaradt/hatástalan szabályozók miatt a szakma és a szakpolitika egymásra mutogat, kontraproduktív szabályozók, káosz, átláthatatlanság, torzult eredményességi-statisztikai kimutatások kelnek életre.

ad *d*) a szakpolitika-kormánypolitika közti harmonizáció hiányának diszfunkciója az lehet, hogy az ágazat irányításáért felelős szakpolitika kényszerhelyzetbe kerül, a GDP-forrás elégtelensége miatt az ellátórendszer átfogó, összehangolt működtetéséhez szükséges intézkedések helyett csak felületes, „tűzoltó” beavatkozásokra tud vállalkozni. A legfelső szint diszfunkciója a koncepciótlanság, bizalmatlanság a szakmával szemben.

Végeredményként a rendszer működése pazarló, a sikeresség nem kielégítő, a társadalom elégedetlen.

4. A FESZÜLTSEGEK KEZELÉSE – KOMPROMISSZUMKÉNYSZER

A 21. századi eü feszültségei (lásd: a gazdasági és morális elv) oldása érdekében társadalmi *kompromisszumot* kell kötni, amelynek döntő eleme a prioritási elvek megfogalmazása (WHO, 2014; Rumbold et al., 2017; Voorhoeve et al., 2017). A *prioritálás* szükségességének – az orvosi beavatkozások, a rászorultság sorrendbe rendezése, az elsőbbségi szempontok érvényesítése – társadalmi szintű elfogadtatásában az lehet az érv, hogy **csak így lehet érvényesíteni minden ember számára az alanyi jogon neki járó egészségügyi ellátást**. A prioritási elv érvényesítésére egyébként az „univerzális emberi jogok” deklarációja lehetőséget kínál. Az ENSZ által meghatározott „emberi jogok” értelmezésében – beleértve az egészséghez való jogot – az elv megvalósítására való törekvés mellett figyelembe kell venni a körülmények, a megvalósítás forrásainak rendelkezésre állását (id. Rumbold et al., 2017). Forráshiányos kényszerhelyzetben elkerülhetetlen a kompromisszumok keresése a hatékony intézkedések biztosítására, ide értve az eü-i ellátást, népegészségügyi politikát és az egészség társadalmi meghatározóit egyaránt (UN CESCR, 2000; Gostin et al., 2018).

A kompromisszum szükségességének feltárása, jogosultságának alátámasztása tudományos módszerekkel történő elemzéseket igényel. Ilyen elemző munka többek között (a teljesség igénye nélkül):

- az egyes eljárások, új technikák bekerülési költségeinek vizsgálata (health technology assessment): mennyire reálisak az egyes eljárások, a gyógyszer-árképzése, igénybevételük egyre nagyobb költségei;
- költség-haszon elemzések (cost-utility analysis), ami csak népegészségügyi mutatókon keresztül értelmezhető, individuális szinten aligha (az egyén saját egészsége érdekében hasznos jelleget tulajdonít minden eljárásnak);
- az orvosi beavatkozások indokoltságának elemzése a bizonyítékokon alapuló orvoslás alapján az elkerülhető, nem hatékony beavatkozások (overuse) visszaszorítására (OECD, 2016; Kleinert–Horton, 2017; Berwick, 2017);
- az orvosi beavatkozások csoportosítása prioritási szempontból, az *accountability for reasonableness* („ésszerűség iránti felelősség”) elve alapján (Severin et al., 2015);
- a járulékalapú biztosítás („előfizetés”) és a közvetlen („zsebből történő”) fizetés legjobb arányának meghatározása.

Ezek mindegyikével vezető szaklapokban a közelmúltban publikált elemzések foglalkoznak.

5. AZ ELLÁTÓRENDSZER SZEREPLŐINEK FELELŐSSÉGE

Az eü-i rendszer orvosi szintjén a feladat szakmai jellegű („legjobb gyakorlat” nyújtása), a politikai szinten irányító, ellenőrző jellegű (feltételek megteremtése). Az egyes szinteken történő tevékenységek kölcsönös egymásrautaltságának fontos vonása, hogy a komplex rendszer harmonikus működésének *felelőssége* az egymásra épülő rendszerben „felfelé” adódik át. A technológiai robbanás perze az egyes szakemberekre egyéni felelősséget ró: az új ismeretek elsajátítása, a folyamatos önképzés hozzátartozik az individuális morális elvárásokhoz. De hogy egy ország eü-i közellátása milyen mértékben tud profitálni az egyre bővülő szakmai lehetőségekből, az döntő részben a szak- és kormánypolitika feladatellátásának függvénye és felelőssége. Azaz: **az eü-i rendszer egészségének működtetéséért a felelősség a politikai szinten van, áthárítása az alsó szintekre rendszeridegen.**

Az individuális orvoslás és társadalmi eü közti kompromisszum megkötésében, a koncepció kidolgozásában a *szakpolitikának* van meghatározó feladata és így felelőssége. A kívánatos szakpolitika feltétele a kétirányú szerves kapcsolat: egyrészt a szakmával – irányítás, ellenőrzés a szakmával egyeztetett jogszabályi, szervezeti keretek megalkotásában –, másrészt a kormánypolitikával – az egész-

ségügy kiemelt társadalmi-politikai jelentőségének érvényesítése érdekében. De a *szakmának* is felelősséget kell éreznie a közös cél, egy mindenkire kiterjedő ellátórendszer kialakításában: az **individuális moralitás talaján álló szakemberektől elvárható, hogy önös érdekeikben önmérsékletet tanúsítsanak**: el kell fogadniuk a széles körű egyeztetésekkel megkötött szakpolitikai intézkedések felülről vezérelt kényszerét! Ennek alapfeltétele természetesen, hogy ezek az intézkedések a szakma bevonásával (szakmai kollégium), alapos elemzések figyelembevételével szülessenek, és *szakszerű felülvizsgálati rendszer* bevonásával, folyamatos kontroll mellett működjenek.

Felelősségről beszélve különös hangsúllyal kell szólni az egyén, a páciensek felelősségéről saját egészségének védelme érdekében helyes, egészségtudatos életmód, rendszeres testmozgás, étrend formájában. Persze itt is megjelenik a politikai felelősség azzal, hogy megfelelő árpolitikával, infrastrukturális fejlesztésekkel, oktatóprogramokkal, helyes médiapolitikával vezesse az egyént a helyes irányba.

6. A DÖNTÉSHOZÓK FELELŐSSÉGE

A 21. század társadalmainak a megtermelt javakból minél nagyobb részt az eü-re kell fordítani: ez a kormányok morális felelőssége. A pénz azonban önmagában nem elég! Az egyre növekvő ismeretek, technológia által megkívánt eü fenntartása, a feltételek biztosítása nem csak az anyagi forrás előteremtését jelenti. A vertikálisan tagolt ellátórendszer csak akkor tud populációs, népegészségügyi szintű eredményt hozni, ha a források mellett rendelkezésre áll egy horizontális szemléletű, széles körű társadalmi részvétellel folytatott egyeztetésen alapuló program. **Az olyan soktényezős, a szereplők interaktivitását feltételező társadalmi rendszer, mint az egészségügy, nem nélkülözhet egy átfogó, multiszektoriális koncepciót, amelyben az egyes elemek illeszkedni képesek az egészhez.** Összszerezettség nélkül minden intézkedés, akármennyire jó szándékú is, hatástalan, esetleg kontraproduktív lesz.

A 21. századi kihívások egyre nagyobb erővel követelik az egészségügyi ellátás széles körű *rendszerbe szervezését* (Rutter et al., 2017). Erre hívják fel a figyelmet vezető tudományos folyóiratok közleményei, mértékadó nemzetközi szervezetek állásfoglalásai (Jamison et al., 2018). Az ENSZ **Fenntartható Fejlesztési Célok eü-i teljesülése alapfeltétele annak, hogy az egész program fő céljai, a gazdasági fejlődés, a társadalmi igazságosság és a környezetvédelem, sőt a program teljes egésze megvalósulhasson** (Dye, 2018). Ez a kiemelt jelentőség súlyos felelősséget ró minden döntéshozóra, akik a szakpolitikát irányítják, akik a forrásokat, a kutatási pénzeket elosztják, az orvostudomány minden területén folytatott ellátásra, kutatásra, oktatáspolitikusokra, morális szempontokat megfogalmazó etikusokra.

KÖVETKEZTETÉS

Korunk öregedő társadalmi fenntartható fejlődésében az egészségügynek központi **feladata** van.

A feladat ellátásának **feltétele** nemcsak az egyre nagyobb anyagi ráfordítás, hanem a források észszerű felhasználását vezérlő politikai koncepció megalkotása és szakpolitikai megvalósítása.

Az állampolgársági tevékenység összehangolásának **felelőssége** a kormányoknál van.

Az EBE által készített ajánlások, állásfoglalások alapot nyújthatnak a szakpolitika számára:

- oktatási programok kidolgozásához (köz, orvosi, nem orvosi szakoktatás, társadalmi ismeretterjesztés);
- az alapellátás és a progresszivitási szintek összerendezéséhez, szakértői központok kialakításához;
- orvosi informatika, telemedicina elterjesztéséhez;
- erős, magas színvonalú ellenőrzés, szakfelügyelet létrehozásához.

Mi és milyen a „jó gyakorlat”?

- a) legnagyobb a haszon és legkisebb a kár;
- b) betegközpontú (helyesen értelmezve a szubjektív igényeket is);
- c) bizonyítékokon alapul;
- d) jó a költség és hatékonyság aránya.

A beavatkozások jelentős része egy olyan szürke zónába esik, ahol a haszon/ártalom aránya egy adott személyre vonatkozóan bizonytalan. Jelentős az indokolatlan beavatkozás amiatt, hogy nincs definiálva a szükséglet, és irreálisak az elvárások. A túlhasználat-ellenes szempontok: pénz (gazdasági, szervezeti adottságok); ismeretek, tudás; emberi viszonyok (Kleinert–Horton, 2017):

- a pazarló, nem feltétlenül szükséges beavatkozások visszaszorítása. A WHO már 2010-ben, a közelmúltban egy OECD-felhívás (OECD, 2016) és a *The Lancet* cikksorozata (Kleinert–Horton, 2017; Berwick, 2017) is foglalkozott az eü-i eljárások túlzott mértékű indokolatlan igénybevitelével (overuse);
- elkerülhetetlen lesz a beavatkozások csoportosítása prioritási szempontból, az „észszerűség iránti felelősség” elve alapján. (Severin et al., 2015). A kérdést nehezíti, hogy nincsenek jól megfogalmazott, általánosan elfogadott szempontok az egészségügyi szükséglet fogalmára;
- járulékalapú biztosítás („előfizetés”) és közvetlen („zsebből történő”) fizetés legjobb arányának meghatározása;
- ellátási „alapsomag” meghatározása, társadalmi elfogadtatás.

A kompromisszumok szükségességének feltárása, létjogosultságának alátámasztása csak tudományos módszerekkel történő elemzésekkel végezhető. Az MTA Elnöki Bizottság az Egészségért (EBE) által készített ajánlások, állásfoglalások alapot nyújthatnak a szakpolitika számára:

- oktatási programok kidolgozásához (köz, orvosi, nem orvosi szakoktatás, társadalmi ismeretterjesztés);
- az alapellátás és a progresszivitási szintek összerendezéséhez, szakértői központok kialakításához;
- orvosi informatika, telemedicina elterjesztéséhez;
- erős, magas színvonalú ellenőrzés, szakfelügyelet létrehozásához.

Az eü népegészségügyi hatékonyságának, sikerességének értékelésében az individuális (klinikai) orvosi beavatkozások kimenetelének lineáris, oksági értelmezése helyett/mellett nagy hangsúlyt kell helyezni azoknak a folyamatoknak az értelmezésére, amelyek az egészségügy multifaktoriális, multidimenzionális jellegéből adódóan rendszerszintű beavatkozásoként érvényesülnek. A komplex rendszerben a folyamatok, a beavatkozások kölcsönös függésben és ebből adódóan kölcsönhatásban vannak. Egy-egy népegészségügyi beavatkozás csak hosszú távon jelentkezik, kezdetben nem is mindig kedvező a hatékonyság (Rutter et al., 2017).

IRODALOM

- Azétsop, J. – Rennie, S. (2010): Principlism, Medical Individualism, and Health Promotion in Resource-poor Countries: Can Autonomy-based Bioethics Promote, Social Justice and Population Health? *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5, 1–10. DOI: 10.1186/1747-5341-5-1, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828974/>
- Berwick, D. M. (2017): Avoiding Overuse – Next Quality Frontier. *The Lancet*, 390, No.10090, 102–104. DOI: 10.1016/S140-6736(16)32570-3, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32570-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32570-3/fulltext)
- Dye, C. (2018): Expanded Health Systems for Sustainable Development. *Science*, 359, 1337–1339. DOI: 10.1126/science.aag1081
- Gostin, L. O. – Meier, B. M. – Thomas, R. et al. (2018): 70 Years of Human Rights in Global Health: Drawing on a Contentious Past to Secure A Hopeful Future. *The Lancet*, DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32997-0, <https://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3134&context=facpub>
- Jamison, D. T. – Alwan, A. – Mock, C. N. et al. (2018): Universal Health Coverage and Intersectoral Action for Health: Key Messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 391, 1108–1120. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32906-9, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32906-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32906-9/fulltext)
- Kleinert, S. – Horton, R. (2017): From Universal Health Coverage to Right Care for Health. *The Lancet*, 390,10090, 101–102. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32588-0, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32588-0/fulltext?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32588-0/fulltext?code=lancet-site)

- Kosztolányi Gy. (2017): Az orvosi technológia hatása az egészségügyi költségekre, szükségletekre és elvárásokra. *Magyar Tudomány*, 178, 7, 772–776. <http://www.matud.iif.hu/2017/07/02.htm>
- OECD (2016): *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle*. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.
- Rumbold, B. – Baker, R. – Ferraz, O. et al. (2017): Universal Health Coverage, Priority Setting, and the Human Right to Health. *The Lancet*, 390, 712–714. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30931-5, [https://www.download.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30931-5/fulltext](https://www.download.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30931-5/fulltext)
- Rutter, H. – Savona, N. – Glonti, K. et al. (2017): The Need for a Complex Systems Model of Evidence for Public Health. *The Lancet*, 390, 2602–2604. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31267-9, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31267-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31267-9/fulltext)
- Sabin, J. E. (2012): Individualism, solidarity, and U.S. Health Care. *Virtual Mentor*, 14, 415–418. DOI: 10.1001/virtualmentor.2012.14.5.msoc1-1205, <https://journalofethics.ama-assn.org/article/individualism-solidarity-and-us-health-care/2012-05>
- Severin, F. – Borry, P. – Cornel, M. et al. (2015): Points to Consider for Prioritizing Clinical Genetic Testing Services: A European Consensus Process Oriented at Accountability for Reasonableness. *European Journal of Human Genetics*, 23, 729–735. DOI: 10.1038/ejhg.2014.190, https://www.researchgate.net/publication/266085280_Points_to_consider_for_prioritizing_clinical_genetic_testing_services_a_European_consensus_process_oriented_at_accountability_for_reasonableness
- UN (2015): *Sustainable Development Goals. Goal 3: Ensure Healthy Lives and Promote Well-being for All at All Ages*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- UN CESCR (2000): *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health*. <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
- Voorhoeve, A. – Edejer, T. T. – Kapiriri, L. et al. (2017): Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Applying Principles to Difficult Cases. *Health Systems & Reform*, 3, 1–12. DOI:10.1080/23288604.2017.1324938, <https://bit.ly/2Kosr9k>
- WHO (2014): *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage (2014). Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158_eng.pdf?ua=1